№ 7. Warszawa dnia 5 (17) Lutego 1870 roku. Tom VI.

REDAKCJA przy ulicy Królewskiéj Nr. 37.

KLINIKA.

TYGODNIK LEKARSKI.

Wychodzi w Czwartek każdego tygodnia.

w Warszawie:	Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10)	na Poczcie:	Rocznie	rsr. 6 (40 złp.)
	Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20)		Półrocznie..........	„ 3 (20 złp.)
	Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)	Dodatek:	w Warszawie.......	rsr. 2 rocznie.
			na Prowincji	„ 2 kop. 30

SPOSTRZEŻENIA SZPITALNE.

Ropień uda; ropnica przy licznych metastatycznych infarktach.

Spostrzeżenie D-ra med. **J. Talko** w Tyflisie.

Przed rokiem obserwowałem ciekawy przypadek ropnicy, powstałéj z ropnia nadrzepkowego, który w N-rze 1-m *Kliniki* r. b. ogłoszonym został Obecnie miałem znowu fatalny przebieg choroby, przy niewielkim i napozór powierzchownym ropniu udowym. Dwa te spostrzeżenia przekonały mnie, o ile trzeba być ostrożnym w rokowaniu co do zejścia choroby, chociażby przy nieznacznym ropniu, u indywiduum nawet mocnéj budowy ciała. Oto ostatnie spostrzeżenie:

Dnia 21-go Października r. z. przybył do oddziału chirurgicznego tyfliskiego szpitala 34-letni szeregowiec *Jan J.*, mężczyzna silnéj budowy ciała, z powodu ropnia na lewém udzie, który powstał przed kilku dniami od uderzenia kończyny kopytem końskiém. Niewielki ropień znajdował się na zewnętrzno-dolnéj $^1/_3$ uda, z którego wydzielała się ropa. Ponieważ na około czuć się dawało znaczne jeszcze stwardnienie tkanki podskórnéj, zaleciłem przeto Ac. carbolicum c. ol. oliv.i kataplazmy. Zapalny stan znacznie się zmniejszył i tuż obok otworu ropnia, na przodzie uda, utworzył się nowy ropień, otworzony cięciem lanceta. Przez oba otwory ropni przeprowadziłem pod skórą na przestrzeni 2″ cienką z nitek zawłokę, zmaczaną w kwasie karbolowym;—było to 27-go. Chory czuł się jak najlepiéj, nie miał najmniejszéj gorączki, i na apetyt uskarżać się nie mógł. Dopiero 31-go Października wieczorem doświadczył silnych dreszczów, które się nazajutrz powtórzyły dwa razy, o 8 z rana i o 10 wieczorem; gorączkowy jednak stan trwał między paroksyzmami bez przerwy, temperatura ciała znacznie była powiększoną, z ropnia zaczęła się wydzielać ropa czekoladowego koloru. 1-go Listopada naznaczyłem choremu rozczyn chininy (gr. viij), a ropień zamieniłem na odkryty wrzód, który zacząłem smarować czystym karbolowym kwasem. Taki stan chorego był 2-go Listopada; dreszcze powtó-

rzyły się także 2 razy, pomimo zażycia drugiéj takiéj saméj dawki chininy. 3-go Listopada dreszczów nie było, lecz gorączka nie ustawała. 4-go lekkie dreszcze. 5-go paroksyzm powtórzył się znowu 2 razy. Pomimo to iż codzień zażywał chininę, gorączka nie ustępowała, chory znacznie zmizerniał i osłabł. 6-go o 8-éj zrana i 11-éj wieczorem znowu się powtórzyły silne dreszcze, gorączka większa; ropa znacznie zabarwiona krwią, ropień przeszedł w stan atoniczny; dwie dawki chininy po 10 gran przed napadem ziębienia i Inf.. digitalis cum aq. chlori. 7-go nie było ziębienia. 8-go począł się uskarżać na ból w prawem przedramieniu, które cokolwiek spuchło, chociaż skóra na niém wcale nie była zmienioną; prócz siarczanu chininy, naznaczono wcieranie w bolące przedramię z szaréj maści wraz z kamforą. 9-go silna nieustannie trwająca gorączka, tętno 110; ból i zawrót głowy, krwotok z nosa, oddech utrudniony, lecz chory *nie kaszle i nie oddaje plwociny*, chociaż w prawém dolném płucu wykryto wszelkie oznaki zapalenia. 10-go wzmógł się gorączkowy stan, tętno 120, w prawéj dolnéj części klatki z przodu czuć zapalne rzężenie, z tyłu tępy ton przy perkussji; chory skarży się na ból w téj części piersi, a także w okolicy podżebrowéj, gdzie znalazłem znaczne powiększenie wątroby. Prócz tego choremu dolega ból w prawém przedramieniu i nawet w ręku, która znacznie spuchła, skóra na nich niezmieniona. Wrzód, mający długości 2″ i szerokości 1″, dość atoniczny; z pod fascji przy naciskaniu wydziela się ropa czekoladowego koloru. Prócz digitalis c. ac. muriaticum et aq. laurocerasi, jak równie chininy, choremu postawiono na prawy bok bańki, na piersi przyłożono kataplazmy; wrzód oczyszczano ciągle kw. karbolowym.

11-sty Listopada był dniem ostatnim dla naszego chorego, który do śmierci prawie zachował przytomność umysłu. Po silném ostatniéj nocy dreszczu gorączka silna, tętno 126, tak słabe, iż zaledwo czuć się daje w tętnicy sprychowéj. Znaczna żółtaczka całego ciała, lecz szczególnie prawéj jego połowy. Na spuchniętém przedramieniu widać czerwoną taśmę, idącą od stawu łokciowego w kierunku wielkiego palca; było to podskórna zapalenie naczyń chłonnych (*lymphangoitis*); na tylnéj powierzchni prawéj ręki spuchnięcie, trzeszczące przy lekkim ucisku (*emhysema subcutaneum*). W prawéj połowie klatki piersiowéj tępy ton u dołu i oddech oskrzelowy. Silne wycieńczenie ciała i upadek sił. W takim stanie doglądaliśmy nieszczęśliwego chorego wraz z Dr. *Minkiewiczem* i innymi kolegami. W nocy na 12-sty Listopada chory żyć przestał.

Rozczłonkowanie zwłok wykonałem 13-go Listopada w obec 2-ch kolegów. Trup był żółty, wychudzony. Prawa górna konczyna nieco spuchnięta, czerwonéj taśmy na przedramieniu nie widać, podskórnéj krepitacji tylnéj części ręki ledwośmy mogli się domacać. Rozciąwszy skórę i mięśnie przedramienia, znaleźliśmy znaczne ropne zapalenie głębokich żył (phlebitis suppur), rozciągające się prawie od łokcia do 2-go palca ręki, gdzie dochodziło aż do pochewki *musc. extensor digiti indici*. Ze zbiornika tego wyszło mnóstwo gazów, które na ręku, znajdując się tylko pod skórą i fascją,

a więc powierzchownie, zdradzały t. z. podskórną rozedmę téj części. Co zaś do wrzodu udowego, to ten zdawał się być powierzchownym, t. j. podskórnym, lecz przy rozcięciu mięśni przekonaliśmy się, że nieznaczne ropienie dochodziło po tkance międzymuszkularnéj do saméj kosci udowéj, obnażonéj na przestrzeni 10 groszy polskich; ropa miała kolor brunatno-czekoladowy. W sąsiednich żyłach najmniejszych zmian wykryć nie mogliśmy; żyła udowa napełniona była ciemną, gęstą krwią, bez skrzepów.

W klatce piersiowéj i jamie brzusznéj wykryliśmy następujące ważne zmiany: W lewém płucu, świeżo przyrośniętém do opłucnéj żebrowéj, mnóstwo infarktów wielkości od grochu do gołębiego jaja; najwięcéj ich było w dolnym płacie płuc, gdzie miały charakter świeżych i cokolwiek dawniejszych, które się zamieniły już w ropnie przerzutowe. Znacznie przekrwiony górny płat lewego płuca był w obrzęku (*oedem. pulm.*). Prawy dolny płat płuc zmniejszony, przekrwiony, wcale nie trzeszczał na rozkroju, wykryto w nim kilka wielkości orzecha laskowego ropni metastatycznych. W górnym i średnim płacie prawego płuca kilka infarktów, mocne przekrwienie i obrzęk ostry. W dolnéj połowie prawéj jamy piersiowéj znaczna ilość surowiczo-krwistych wypocin i na opłucnéj żebrowéj włóknikowata błona, przyrastająca i do płuc, które z niemałą trudnością wyjęliśmy z klatki piersiowéj; opłucna żebrowa okazała się mocno przekrwioną. Serce niezmienione, w lewéj komórce białawy skrzep krwi. Wątroba bardzo powiększona i ciężka, na wypukłéj jéj stronie pod przeponą znaleziono 2, blizko jeden drugiego, ropnie metastatyczne, wielkości jaj kurzych i napełnionych brudną szaro-żółtawą płynną ropą; miąższ wątrobiany znacznie przekrwiony i rozrywający się przy lekkiém uciskaniu palcem (*hepat. parenchymatosa*). Śledziona cokolwiek powiększona, na powierzchni jéj rozrost tkanki łącznéj, wewnątrz zaś znaleziono 3 niewielkie i świeże metastatyczne infarkty. Powiększone nerki przedstawiały piękny przykład ostrego miąższowego zapalenia. Jedna pętla cienkich kiszek była brunatno-czerwoną, co pochodziło od infarktu jelitowego, w téj części kiszki płynne zawartości i sluz zafarbowane kolorem krwistym.

I tak anatomo-patologiczne poszukiwania przekonały nas, że w skutek biodrowego ropnia powstały zatory (*embolus*) żylne w różnych organach chorego. Najdawniejszemi, które wywołały infarkty, były wątrobiane i płucne, następnie prawéj górnéj kończyny i na ostatek śledziony i jelit. Możnaby przypuścić, iż ropnie wątrobowe wywołały początkowo owe zaburzenia w organizmie, skąd powstały przez zatór ropnie: biodrowy i górnéj kończyny prawéj; lecz anamneza chorego i przebieg jego choroby nie pozwalają na to przypuszczenie, i przyjąć raczéj musimy, iż ropnica w danym przypadku była pochodzenia powierzchownego t. j. z ropnia udowego. Jakim sposobem to się odbyło, nie będziemy się nad tém zastanawiali, gdyż mieliśmy na widoku tylko fakt w celu praktycznym, fakt ostrzegający kolegów jak czasami trzeba być ostrożnym w rokowaniu zejścia, chociażby niewielkich ropni.

Przy téj sposobności nie od rzeczy będzie zwrócić uwagę czytelników

Kliniki na pracę D-ra *Finkelstein'a* z Groźnéj, ogłoszoną w Кавк. Медиц. Сборникъ Nr. 6 (r. 1869). Opierając się na kilku spostrzeżeniach szpitalnych, pan *F.* chce dowieść, że Wirchowsko-Weberowska mechaniczna teorja ropnicy nie tylko że jest niedostateczną, lecz nawet szkodliwą dla praktycznego lekarza, ponieważ anatomo-patologiczne poszukiwania *Virchow'a*, doświadczenia *O. Weber'a* (którego on nazywa kompletnym humoralistą!) nie mogą być stwierdzone klinicznemi obserwacjami. Te ostatnie, a szczególniéj spostrzeżenia szpitalne, faktycznie dowodzą, że ropnica powstaje u różnych ostrych i chronicznych chorych, sprowadza zmianę całéj massy krwi (inopexia *Vogel*) a ztąd t. z. *marastische Thrombose*, do której można zaliczyć i zator traumatyczny. Zatem utworzenie się zatoru musi poprzedzić pewien rodzaj zakażenia (dyskrazji). Ta ostatnia może być wywołana złamaniem powikłaném, obfitą utratą krwi, tyfusem, ospą, gorączką połogową różą i naszemi kaukazkiemi zimnicami (4 obserwacje).

Autor staje po stronie niektórych chirurgów, jak *Pirogow*, *Velpeau*, *Stromeyer* i *Tessier*, twierdzących, iż pojawienie się ropnicy w szpitalu wiele zależy od jego urządzenia, w którém ważną odgrywają rolę szpitalna zaraza i indywidualność chorego. To znaczy, iż położenie szpitala może wywołać inopexis, iż w leczniczych zakładach może istnieć *genius pyaemicus*, a ztąd ropnica epidemiczna, że nakoniec może się rozwinąć pyaemia spontanea; (p. F. obserwował przypadek takowéj), co mówi za potrzebą oddzielania takich chorych od innych.

Obserwacje nasze nie dozwalają mi jeszcze stwierdzić takowéj etiologji ropnicy. Zanotuję tu tylko, iż kilka dni przed wstąpieniem do szpitala ostatniego chorego, stracilismy pewnego mocnéj budowy rekruta, który zmarł przy takichże samych objawach (codziennie 2 razy silne dreszcze, gorączka nieustanna, żółtaczka) w skutek złamania ramienia powikłanego zgruchotaniem stawu łokciowego. Choremu temu wykonałem rezekcję dolnego końca kości ramieniowéj, która, odarta do połowy z okostnéj, sterczała w dolnéj $^{1}|_{3}$-ciéj ramienia; następnie użyłem gipsowego opatrunku z okienkiem dla przewiązywania rany kw. karbolowym z oliwą. Po 2-ch tygodniach przy ogromném wycięczeniu chory zmarł na ropnicę. Przy innych operacjach byliśmy szczęśliwsi i ropnica jest rzadkim u nas gościem.

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

LITERATURA ROSSYJSKA.

Przyczynek do nauki o fizjologiczném działaniu kwasu karbolowego. G. Gołubowa. (*Военно-медицинскiй журналъ—Iюнь 1869 г. ст.145—198*).

Autor ze względu na coraz więcéj rozpowszechniające się użycie kwasu karbolowego, nie tylko w chirurgji, ale także w terapji chorób skórnych, a nawet chorób wewnętrznych pochodzenia zakaźnego, obrał za przedmiot swych doświadczeń bliższe określenie fizjologicznego działania wzmiankowanego kwasu na ustrój ludzki. Pobudką do powyższéj pracy była jeszcze ta okoliczność, że anti-miazmatyczne własności kwasu karbolowego nie są jeszcze dostateczne dla oceny tego środka w praktyce lekarskiéj; o fizjologicznem zaś działa-

niu jego na ustrój zwierzęcy posiadamy dotąd dwie tylko obszerniejsze prace: *Lemair'a* (De l'acid phenique etc. 1-re edit. 1863 i la 2-e edit. 1865. Paris) i *Hoffman'a* (Beiträge zur Kenntniss der physiologischen Wirkungen der Carbolsäure und Kamfers. dissertatio. 1866. Dorpat).

Dla przekonania się o działaniu kwasu karbolowego na ośrodki nerwowe w ogóle, a w szczególe na ruchy serca, autor robił doświadczenia nad żabami, uważając je za najstosowniejszy ku temu materjał. Wszystkich doświadczeń na żabach zrobiono przeszło 100; z nich w pracy autora znajdujemy opis 18-tu. W doświadczeniach nad zwierzętami ssącemi, mianowicie: psami, królikami, końmi i cielętami, autor miał na względzie: 1) dokładne oznaczenie zmian w obiegu krwi, oddéchaniu i ciepłocie ciała pod wpływem otrucia kwasem karbolowym; 2) zbadanie różnicy działania tego środka, stosownie do tego czy do ustroju wprowadzonym będzie przez naczynia krwiste, przewód pokarmowy, płuca czy téż skórę; 3) zbadanie siły działania kwasu karbolowego w różnych dawkach per se, zmieszanego z tłuszczami lub białkiem; 4) określenie miejscowych zmian anatomicznych pod wpływem działania kwasu karbolowego.

Dla oznaczenia działania kwasu karbolowego na skórę, autor robił doświadczenia nad samym sobą.

Wnioski autora z jego doświadczeń nad zwierzętami podajemy dosłownie.

1. Kwas karbolowy, wprowadzony w pewnéj ilości do ustroju zwierzęcego, wywiera dwojakie działanie: *ogólne i miejscowe*. Ogólne trujące działanie kwasu karbolowego wyraża się upadkiem czynności ośrodków nerwowych ruchu dowolnego i władzy poznawania, a przeciwnie podbudzeniem ośrodków odruchowych, w skutek którego występują silne drgawki we wszystkich mięśniach skieletu, a nakoniec ogólne znieczulenie. Zadrażnienie obwodowych końców nerwów ruchu trwa czas niejaki i po zupełnym bezwładzie ośrodków nerwowych. Działanie miejscowe kwasu karbolowego wyraża się: 1) ubezwładnieniem obwodowych nerwów czucia i ruchu, z któremi kwas karbolowy przychodzi w zetknięcie; 2) mniéj więcéj silném przekrwieniem, a w wyższym stopniu nawet zapaleniem części, z któremi kwas się stykał. (Chemiczne połączenie kwasu karbolowego z ciałami białkowatemi obrażonéj tkanki bywa tylko na powierzchni i ogranicza się do warstwy nabłonkowéj).

2. Ogólne trujące działanie kwasu karbolowego trwa krótko i jeśli nie zabija zwierzęcia, to stopniowo przechodzi, zostawiając po sobie na czas niejaki osłabienie czynności ośrodków nerwowych.

3. Do pierwszych zjawisk działania trującego kwasu karbolowego należą: rozszerzenie źrenic i utrata ruchu dowolnego, następnie idą drgawki kończyn tułowia, szyi i żuchwy, nakoniec ogólne znieczulenie. Godném jest uwagi, że u zwierząt ssących ruch dowolny i czucie wracają najprzód w przednich, a następnie w tylnych kończynach. W tych ostatnich ruch i czucie jeszcze czas niejaki po powrocie pozostaje bardzo słabe.

4. Ślady obrażenia ośrodków nerwowych, pozostające po ustaniu ogólnego trującego działania kwasu karbolowego, jako to: senność, ogólna obojętność (apathia), brak łaknienia, przyśpieszenie oddéchania i obiegu krwi, zapewne zależą od pozostałego w pewnym stopniu przekrwienia ośrodków nerwowych, jak tego dowodzą dwa doświadczenia autora nad psami i jedno nad koniem.

5. Podwyższenie ciepłoty ciała po otruciu kwasem karbolowym, 1^0 bywa nie zawsze, 2^0 rzadko przewyższa ciepłotę normalną nad 1^0. W większéj liczbie przypadków podwyższenie ciepłoty przypisać należy miejscowéj sprawie zapalnéj. U ssących, u których w skutek otrucia śmierć nastąpiła prędko, bez rozwoju miejscowych spraw zapalnych, ciepłota ciała od początku napadu zniżała się stopniowo aż do saméj śmierci, jak to widać u królików. Podwyższenie ciepłoty przed śmiercią miejsca nie miało.

6. We wszystkich przypadkach otrucia kwasem karbolowym zauważano przyśpieszenie oddéchania, jako jedno z pierwszych zjawisk trującego wpływu. Następnie w razach śmierci od ogólnego działania kwasu karbolowego, jak to miało miejsce u żab, liczba oddechów zmiejsza się stopniowo aż do zupełnego ich ustania. U zwierząt ssących, w tych razach gdzie otrucie nie powodowało miejscowych zmian anatomicznych, liczba oddechów po usta-

niu ogólnego działania kwasu karbolowego zwykle wracała do normy. W tych zaś razach, gdzie otrucie wywołało miejscowe zapalenie, liczba oddechów po ustaniu przypadów ogólnego otrucia zależała od rozwoju miejscowéj sprawy zapalnéj.

7. Ruchy serca od otrucia kwasem karbolowym, jak to widać z doświadczeń nad żabami i niektóremi ssącemi, zwalniają się lecz nie ustają. U żab przy wprowadzeniu kwasu karbolowego do jamy ustnéj, lub przy działaniu nim na skórę przedniéj części ciała, wprawdzie po upływie 10—12 minut ruchy serca ustają; przypisać to jednak należy działaniu kwasu karbolowego na nerwy ruchów serca. Dowodem ostatniego przypuszczenia służy ta okoliczność, że przy wprowadzeniu kwasu karbolowego do tylnéj części ciała serce kurczy się chociaż powoli, dość długo po śmierci zwierzęcia i po ustaniu wszelkiéj pobudzalności jego nerwów.

8. Śmierć w skutek ogólnego otrucia kwasem karbolowym zależy od ogólnego zastoju krwi, w skutek nadzwyczajnego osłabienia ruchów serca. Czego dowodzą te doświadczenia nad ssącemi, u których śmierć nastąpiła dość prędko po otruciu, ale już po ustaniu przypadów obrażenia ośrodków władzy poznawania, czucia i ruchów dowolnych, i u których znaleziono właśnie przy pośmiertnych oględzinach zjawiska wzmiankowanego zastoju.

9. Miejscowe działanie kwasu karbolowego na układ nerwowy zależy na prędkiem porażeniu ruchów czucia i ruchu téj części ustroju, na którą działał kwas. Tak następuje bezwład języka przy wprowadzeniu kwasu do jamy ust, lub zupełny bezwład téj kończyny u żaby, na którą bezpośrednio takowy podziałał. To miejscowe działanie kwasu karbolowego na nerwy obwodowe przechodzi równie prędko, jak działanie jego na ośrodki nerwowe. Miejscowy bezwład pod wpływem kwasu karbolowego występował najwyraźniéj u żab, u których można było wywołać nagły bezwład już to w przednich, już w tylnych kończynach, stosownie do tego na które z nich zwrócone było działanie kwasu.

10. Trujące działanie kwasu karbolowego na ośrodki nerwowe u zwierząt ssących trwa nie dłużéj nad dwie godziny.

11. Działanie drażniące kwasu karbolowego odznacza się uczuciem bólu i palenia, przekrwieniem i zapaleniem; to ostatnie na błonie śluzowéj dróg oddechowych przyjmuje często charakter krupowy, jak to widać w dwóch doświadczeniach nad psami.

12. Wyrazistość i stopień zmian anatomicznych, wywołanych kwasem karbolowym, są prosto proporcjonalne do jego ilości wprowadzonéj do ustroju. Nieznaczne dawki kwasu karbolowego, nawet przy wprowadzeniu takowych bezpośrednio do żył, sprowadzają tylko prędko przemijające zaburzenia ośrodków nerwowych.

13. Zmiany te anatomiczne bywają najwyraźniejsze, jeśli kwas karbolowy działa na błonę śluzową dróg oddechowych; mniéj wyraźnie przy działaniu jego na błonę śluzową żołądka, a najmniéj przy działaniu na skórę.

14. Jednym ze stałych zjawisk miejscowego rozstroju sprawy żywienia, wywołanych kwasem karbolowym, jest bardzo silne przekrwienie dochodzące do wynaczynienia.

15. Należy dokładnie odróżniać zmiany anatomiczne (przekrwienie i zapalenie), występujące bezpośrednio na miejscu działania kwasu karbolowego na tkankę, od zmian anatomicznych (przekrwienie wypociny), występujących w drugich częściach w skutek zaburzenia sprawy odżywczéj w obrażonéj tkance, jak np. przekrwienie wątroby i nerek przy obrażeniu błony śluzowéj żołądka i kiszek, lub też w skutek ogólnego zwolnienia obiegu krwi, jako następstwa porażenia nerwów naczynio-ruchowych, jak przekrwienie w mózgu, przekrwienie i wynaczynienie w płucach i śledzionie, przekrwienie wątroby i nerek występujące, np. przy wprowadzeniu kwasu karbolowego do żył podskórnych w dużych dawkach u królików.

16. Zmieszanie kwasu karbolowego z olejem, gliceryną lub białkiem bardzo mało łagodzi tak ogólne jak i miejscowe działanie tego kwasu przy wewnętrznem jego użyciu, przeciwnie, podobne zmieszanie przy zastosowaniu kwasu karbolowego na skórę znacznie zmniejsza jego działanie drażniące.

17. Powtarzane i częste dawki małe kwasu karbolowego mogą wywołać otrucie na równi z dużemi dawkami. Na żaby woń kwasu karbolowego działa równie trująco jak sam kwas.

18. Mocz nie posiada woni kwasu karbolowego, nawet przy wewnętrzném użyciu tegoż w większych dawkach.

19. Przy bezpośredniem zetknięciu kwasu karbolowego ze krwią, ostatnia ścina się. Gdy kwas karbolowy zostanie wprowadzony do przyrządów trawienia lub oddéchania, krew pozostaje płynną, ale przybiera barwę ciemno-wiśniową, i w obecności powietrza staje się jasno-czerwoną.

Kończąc wnioski ze swych doświadczeń, autor zwraca uwagę, iż takowe nie są zgodne z wnioskami *Lemair'a*, 1^0 co do tego, żc *Lemair* nie zwrócił uwagi na miejscowe działanie kwasu karbolowego, trwające niezależnie od jego działania ogólnego i będące w większéj liczbie przypadków główną przyczyną śmierci zwierzęcia; 2^0, że autor zgodnie z *Hoffman'em* nie odkrył jak *Lemair* w żadnym razie zapachu kwasu karbolowego ani w moczu, ani w mięśniach, ani téż w wydéchaném powietrzu. Nie zgadza się autor z *Hoffman'em* na to, że kwas karbolowy działa na krew, rozkładając się w niéj i czyniąc ją niezdolną do podtrzymania życia zwierzęcia; z robionych bowiem doświadczeń widać, że kwas karbolowy działa bardzo prędko na nerwy miejscowe, prędzéj zanimby mógł sprawić jakąkolwiek bądź zmianę w massie krwi; a nadto działanie kwasu na układ nerwowy trwa zbyt krótko, aby je można czynić zależném od jakiéjkolwiek zmiany w składzie krwi. Zdanie *Hoffman'a*, że po otruciu kwasem karbolowym nie ma stałych zmian anatomicznych, autor wystawia za mylne, wyjąwszy tych przypadków, w których śmierć nastąpiła w krótce po napadzie wywołanym otruciem kwasem karbolowym; w innych razach, kiedy śmierć miała miejsce na drugi lub trzeci dzień po otruciu, autor znajdował pewne stałe zmiany anatomiczne w tych częściach, na które działał kwas karbolowy. *Hoffman* zapewne nie zwrócił uwagi na różnicę między anatomicznemi zmianami występującemi bezpośrednio na miejscu działania kwasu karbolowego w skutek podrażnienia tkanki, a temi (zmianami), które występują następnie i zależą od ogólnego otrucia lub miejscowéj sprawy tém otruciem wywołanéj.

Dla przekonania się, jak działa kwas karbolowy w rozczynie z różnemi ciałami, jako to: z wodą, olejem, glyceryną i białkiem na skórę, autor zmoczył na tylnéj powierzchni swéj ręki przestrzeń wielkości dwudziesto-kopiejkowéj monety srebrnéj rozczynem kwasu karbolowego. W ślad za zmoczeniem powstał dość silny ból i palenie trwające do dwóch godzin w dość silnym stopniu; przypady te coraz bardziéj słabnąc, znikły dopiero po upływie pięciu dni. W kilka minut po zmoczeniu skóra na miejscu obrażenia zbielała, następnie przybrała barwę czerwoną, zmarszczyła się i nieco podniosła nad otaczającą powierzchnię. Naciśnienie skóry palcem wywoływało uczucie słabego bólu i palenia. Po upływie trzech tygodni barwa czerwona skóry zamieniła się w ciemno-wiśniową, która ustąpiła po dwóch miesiącach.

Przy zmoczeniu kwasem karbolowym skóry obwodowéj palców występują podobne jak wyżéj zjawiska, przyczém znieczulenie skóry było tak znaczne, że czucie macania w końcach palców było prawie zupełnie zniesione, co trwało około dni trzech [1].

Rozczyn kwasu karbolowego w oleju, glicerynie i białku, działa słabiéj niż rozczyn wodny.

MEDYCYNA OGÓLNA.

Podnoszenie się temperatury ciała podczas zgonu i po zgonie w przypadkach cierpienia ośrodków nerwowych.

Fischer (profesor chirurgji w Wrocławiu). *Centralblatt*. 1869. Nr. 17, Vorläufige Mittheilung. (Z artykułu tego zdaliśmy już dawniéj sprawę w drobniejszych wiadomościach)

---

[1]) Autor nie oznacza siły rozczynu, musiał on być dość stężonym, skoro zjawiska podrażnienia skóry trwały tak długo; rozczyn 2 unc. kw. karbolowego w 6 unc. wody, jak to sam na sobie przekonałem się, wywołuje uczucie palenia, które trwa nie więcéj nad godzin 12-ście i znieczulenie ustępuje już po upływie 2-ch godzin. Na czwarty dzień zaczyna się łuszczenie nabłonka na miejscu obrażenia skóry.

Naunyn und Quincke (Arch. f. Anat. u. Physiologie. 1869. p. 174—199—Referat w *Central. blatt.* Nr. 42).

Quincke — Einige fälle excessiv hoher Temperaturen (*Berliner Klinische Wochenschrift*- 1869. Nr. 29).

J. Czeczynin [1]) przed dwoma laty, opierając się na własnych i obcych spostrzeżeniach, postawił zdanie iż „gorączka polega na chorobném podwyższeniu czynności ośrodków mlecza kręgowego w skutek chorobnego stanu (osłabienia, porażenia) ośrodków hamujących w mózgowiu, w skutek czego pewne chemiczne procesa potęgują się do takiego stopnia, do jakiegoby nie mogły dojść przy normalnéj funkcji mózgowia.

Prócz eksperymentów czynionych na zwierzętach, autor powołuje się i na obserwacje *Erb'a* [2]) i *Wunderlich'a* [3]), którzy w niektórych przypadkach cierpienia mózgu znalezli nader wysoką temperaturę przed zgonem, występującą jednocześnie z innemi objawami dowodzącemi porażenia ośrodków mózgowia.

W ostatnich czasach nagromadziły się bardzo liczne i ważne obserwacje, mówiące na korzyść hypotezy *Czeczynin'a*. Abstrahując od kwestji gorączki w ogólności, okazuje się najniezawodniéj z faktów, które tu przytoczyć pragnę, iż przerwanie komunikacji pomiędzy mózgowiem a mleczem równie jak i pewne zmiany chorobne mózgowia powodują niezmierne podwyższenie temperatury ciała.

Fischer, jak już wiadomo, obserwował znaczne podwyższenie temperatury (do 42,9^0 C.) wkrótce po nastąpioném złamaniu kręgów szyjowych i zupełném zmiażdżeniu mlecza kręgowego na szyi, znaczne zaś zniżenie temperatury (do 30,2^0 C.) po nastąpioném złamaniu kręgów szyjowych i zmiażdżeniu samych tylko tylnych powrózkow mlecza kręgowego na szyi. Autor przypuszcza istnienie ośrodka hamującego (regulującego) temperatury ciała w przednich powrózkach mlecza szyjowego—mniemając, iż w pierwszéj obserwacji ośrodek ten uległ porażeniu, ztąd podwyższenie temperatury; w drugiéj zaś obserwacji ośrodek tenże uległ podrażnieniu, ztąd upadek temperatury. Hypoteza więc autora ma wiele podobieństwa z przypuszczeniem *Czeczynin'a*, ale niemniéj jednak zupełnie jest różną.

Obserwacje innych autorów zdają się przemawiać bardziéj na korzyść hypotezy *Czeczynin'a* (obecności centrum hamującego temperatury ciała w mózgowiu).

I tak *Naunyn* (niedawno powołany na profesora do Dorpatu) i *Quincke* (assystent kliniki *Frerichs'a* w Berlinie) opisują przypadek, w którym również po zgnieceniu szyjowéj części mlecza kręgowego obserwowali znaczne podwyższenie temperatury ciała.

Ale największéj wagi jest szereg obserwacji drugiego z ostatnio wymienionych autorów. Obserwacje te robione były na chorych w klinice berlińskiéj *Frerichs'a*.

Pierwsza obserwacja dotyczy 34-letniego człowieka, który, skacząc do wody głową naprzód, uległ złamaniu 5 i 6 kręgu szyjowego i zupełnému zmiażdżeniu mlecza tamże. Przypadek nastąpił o 11-éj rano. Po południu chorego przyniesiono do kliniki, gdzie przekonano się o zupełném porażeniu kończyn i tułowia z wyjątkiem przepony. Temperatura była 37,6^0 C. W godzin 16 po przypadku nastąpiła śmierć. Temperatura, która o godzinie 4 po południu wynosiła 37,6^0, podniosła się o godzinie 11-éj w nocy (7 $^1/_2$ godzin przed zgonem) na 41,3^0 C.; na 4 $^1/_2$ godzin przed zgonem była 42,5, na 25 minut przed zgonem była 43,8 i pozostała prawie bez zmiany podczas zgonu i do 1 $^1/_2$ godzin po zgonie.

Druga obserwacja odnosi się do 39-letniego mężczyzny, który przed 6 miesiącami upadł, przyczém uczuł ból w karku który go zmusił do pozostania przez jeden dzień w domu. Następnie mimo wzrastającego osłabienia pracował. Dopiero na 4 tygodnie przed śmiercią położyć się był zmuszony. Na 6 dni przed śmiercią przyniesiony został do kliniki z objawami postępującego porażenia kończyn i zwieraczy. Jeszcze na 3 dni przed śmiercią

---

1) Zur Lehre von der thierischen Wärme. Arch. f. Anatomie und Physiologie. 1866. p. 151—179—
Zur Fieberlehre—Arch. f. Klinische Medicin. 1867. Bd. 2.

2) Deutsches Archiv f. Klin. Med. 1865. T. I.

3) Archiv der Heilkunde. V.

temperatura była normalna i tylko wieczór zaczęła się podnosić do 38,7^0 C; podobnież na dwa dni przed śmiercią. W przeddzień śmierci temperatura rano była 37,5, wieczór zaś 39,3^0 C. Na 7 godzin przed śmiercią 39,8^0 C.;—na godzinę przed śmiercią 43,0^0 C. (in ano)—przy zgonie 43,6^0 C. (in ano) i taką pozostała jeszcze przez 2 godziny po zgonie. Sekcja wykazała caries i zniszczenie dolnéj części kości potylicowéj i dwóch pierwszych kręgów szyjowych a odpowiednio im mlecz uciśnięty, na przekroju jednostajnie szaro-brunatno zabarwiony. W tym przypadku podobnie jak w pierwszym podwyższenie temperatury ciała autor przypisuje przecięciu komunikacji z ośrodkami hamującemi mózgowia. W pierwszym przypadku gdzie było gwałtowne zmiażdżenie mlecza, owo przerwanie komunikacji nastąpiło nagle i dla tego temperatura w ciągu ostatnich 20 godzin podniosła się o 6,2 stopnia; w drugim zaś przypadku powoli odbywało się to przecięcie komunikacji, przez co wpływ tak ruchowych jak i hamujących centrów mózgowia powoli znikał i stopniowo następowało tak porażenie motoryczne jak i podwyższenie temperatury ciała.

W trzeciéj obserwacji autor opisał przypadek tyfusu brzusznego u 19 letniéj dziewczyny, zakończony śmiercią 10 dnia choroby. Sekcja wykryła wylew krwawy do mózgu i opon mózgowych. Temperatura w początku choroby była 40^0—do 41^0 C. W ciągu dwóch statnich dni przed śmiercią spadła na 38,8^0 do 39,2^0 C. Na kilkanaście godzin przed śmiercią podniosła się znowu do 40,8^0 C. i od téj chwili ciągle wzrastała tak, że w chwili zgonu była 42,7^0 C. a w dwie godziny potém jeszcze 43,5^0 C. (in ano).

Następny przypadek dotyczy 24-letniego mężczyzny dotkniętego tyfusem brzusznym. Śmierć nastąpiła 17 dnia od początku choroby. Sekcja wykazała zapalenie twardéj opony mózgu (pachymeningitis). Temperatura zachowała się podobnie jak w poprzednim przypadku. W chwili zgonu doszła do 43,4^0 C. (in ano).

Trzeci przypadek tyfusu brzusznego, opisany przez autora, dotyczył 17-letniéj dziewczyny zmarłéj nagle w 3-im tygodniu choroby, która przebiegała bez żadnych powikłań; krótki czas przed śmiercią chora była przytomną. Nagle dozorczyni spostrzegła zesztywnienie kończyn. Na 7 godzin przedtem temperatura była 40,8^0 C. Termometr wprowadzony do pochwy, w chwili gdy spostrzeżono nagłe objawy konania, pokazywał już 43^0 a w godzinę po śmierci 43,4^0 C. Sekcja nie wykryła żadnych zmian w mózgu i jego oponach.

Autor, zastanawiając się nad temi ostatniemi 3-ma przypadkami, zwraca uwagę, iż podniesienie się temperatury ciała przeszło o 2 stopnie w okresie przedzgonnym bynajmniéj zwyczajném nie jest w przypadkach tyfusu brzusznego z zejściem letalnem. Dla tego zjawisko to koniecznie objaśnić trzeba wpływem komplikującego procesu chorobnego w mózgowiu; w ostatnim przypadku wprawdzie anatomicznie istnienie takiego procesu niczem się nie zdradza, ale to bynajmniéj nie wyklucza istnienia zmian niedostępnych zwykłym środkom badania. W tych więc 3 przypadkach autor przypuszcza przerwanie hamującego działania ośrodków mózgowia na temperaturę ciała wprost skutkiem cierpienia (*resp.* porażenia) tych ośrodków, a nie jak w pierwszych 2 przypadkach skutkiem przecięcia ich komunikacji z przypuszczalnemi ośrodkami ekscytującemi temperatury ciała. Dalsze spostrzeżenie autora odnosi się do przypadku ostrego reumatyzmu stawów, cechującego się wysoką gorączką i bredzeniem. Śmierć nastąpiła 9-o dnia choroby. Temperatura ciągle była przeszło 40^{0}C. Na kilka godzin przed zgonem nieco spadła; na 1 $^1/_2$ godziny przed zgonem podniosła się do 43,4^0, podczas zgonu do 44,3^{0}C; od téj chwili ciągle wzmagała się i doszła w 3 godziny po zgonie do 44,8^{0}C. (in vagina). Sekcja nic ważnego nie wykryła.

Następnie opisuje autor przypadek śmierci 30 letniéj położnicy, zmarłéj w dwa dni po rozwiązaniu przy objawach uraemji i wywołanych nią drgawek. Sprawy połogowéj żadnéj nie było. Temperatura w chwili zgonu była 42,9^{0}C., a w dwie godziny potem 43,1^{0}C. Z tego przypadku autor wnosi, iż trujące materje właściwe uraemji oddziaływają nie tylko na te ośrodki nerwowe od których zależy wywołanie drgawek, ale i na ośrodki regulacyjne temperatury ciała.

Prócz powyższych, autor jeszcze wkrótkości przytacza 3 przypadki (1. Meningitis tuberculosa, Encephalitis haemorrhagica; 2 Meningitis tuberculosa; 3 Ognisko rozmiękczenia w Corpus striatum, w części thalamus optici i prawéj półkuli mózgu) w których

podczas przebiegu choroby temperatura nie była zbyt wysoka, a podniosła się nagle przed zgonem i podczas zgonu do 41,5—41,8° C.

W przytoczonych tu przypadkach w których obserwowaną była anormalnie wysoka temperatura przedzgonna, podczas i po zgonie, obok cierpienia ośrodków nerwowych nie było żadnego takiego procesu jak decubitus, pneu monia i t. p., na karb którego ową wysoką temperaturę złożyćby można było. Autor obserwował i takie przypadki, w których te same procesa chorobne mózgowia nie sprowadzają przed zgonem owego podwyższenia temperatury. W przypadkach tych zapewne porażenie ośrodków hamujących temperaturę ciała następuje na tak krótki czas przed śmiercią, że wpływ owego porażenia nie ma już czasu zdradzić się podwyższeniem temperatury.

Opisane tu przypadki powinnyby zachęcić do ścisłych obserwacji w naszych klinikach i szpitalach.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O rozpoznawaniu gorączek za pomocą ciepłoty.

Prelekcja profesora Sée

(*Dokończenie.*)

Druga gromada zawiera wysypki ostre i zapalenie płuc. Wysypki ostre przed ukazaniem się na skórze nie przedstawiają żadnych znaków patognomonicznych, przeto badanie ciepłoty jest wówczas dla lekarza środkiem szacownym. Tu należą: róża, ospa, szkarlatyna, odra. Ostatnia ma podobieństwo z gorączką tyfoidalną i stanowi przejście od gorączek drugiéj do gorączek trzeciéj gromady.

Róża zachowuje się pod względem ciepłoty jak pojedyncza *ephemera*, ale odznacza się tém, że każdy nowy jéj wybuch, każde szerzenie się (np. róży wędrownéj) poprzedzane bywa podwyższeniem temperatury, zkąd przebieg jéj składa się z szeregu nieprawidłowych podwyższeń i zniżeń.

Przy ospie temperatura z początku podnosi się szybko od 37—39,5°, a po 36 lub 48 godzinach dosięga szczytu 40°, dnia trzeciego nie zmniejsza się, dopiero dnia czwartego rano przy ospie zwyczajnéj, lecz po 36 lub 40 godzinach przy ospie złośliwéj zjawia się wysypka. Okres zwiastunów trwa przy ospie ciężkiéj dni dwa; inaczéj dni trzy i cztery. Więc już można z okresu tego przepowiadać ospę ciężką lub łagodną.

Trzecia gromada zawiera tyfus brzuszny, gorączkę zapalną (synocha), gorączkę katarową (gryppę) i gościec stawów ostry.

Rozpoznanie gorączki tyfoidalnéj bardzo jest pierwszych dni trudne, zwłaszcza w okolicach błotnych, a przecież mało znajdzie się kwestji ważniejszych dla praktycznego lekarza. On bywa nieraz proszony przez otaczających, iżby objawił swe zdanie; owóż jeżeli się myli lub ociąga z wynurzeniem swéj opinji, może ztąd złe wyniknąć dla pacjenta,a częstokroć dla niego samego.

W dziełach klasycznych rozdział traktujący o gorączkach tyfoidalnych bardzo jest pojedynczy; polega na danych następujących:

Pierwszego tygodnia zjawia się gorączka, upadek sił i krwawienie z nosa; drugi tydzień odznacza się plamami, rzężeniem charakterystyczném, biegunką, przelewaniem się, obrzmieniem śledziony.

Ten obraz nie jest prawdziwym, bo przypuszcza wszystkie wyliczone zjawiska; tymczasem jedno tylko częstokroć istnieje: gorączka, gdy krwawień z nosa i upadku sił brakuje. W drugim tygodniu nie bywa czasem plam, ani rzężeń. Dopiero trudność staje się wielką; w praktyce cywilnéj lekarz nie zaspokoi otaczających nazwą: *gorączka ciągła;* oni chcą wiedzieć czy to nie tyfus, ponieważ lękają się zarazy, i proszą lekarza o zdanie.

Dwa są tylko kształty gorączki tyfoidalnéj: kształt prawidłowy i kształt nieprawidłowy. Kształt prawidłowy może być łagodnym i ciężkim. Zaczynają się jednakim spo-

sobem, a rozróżnienie bywa dopiero około 9-go lub 10-go dnia możliwém. Zjawiska są podobne, i stan temperatury jest ten sam przez dni 8—10.

Dwie te odmiany kształtu prawidłowego probowano tłomaczyć różnością uszkodzeń anatomicznych, i powiadano: tyfus łagodny zależy od grudek miękkich, tyfus ciężki zależy od grudek twardych. Przypuszczano, że gorączka tyfoidalna umiejscowiała się w gruczołkach jelitnych i w grudkach *Peyer'a*, lecz nasilenie choroby nie zależy od owrzodzeń jelita, będących tylko przypadłością umiejscowioną w jelicie. Kształt ciężki choroby zależy bądź od zjawisk ogólnych, bądź od zjawisk umiejscowionych w mózgu lub płucach, ale stopień gorączki i ciepłoty nie ma żadnego związku z obrażeniami jelit; i nie obrażenia jelit, a tylko termometrja jasno oba kształty wyraża.

Gorączkę tyfoidalną nieprawidłową cechuje obecność zjawisk niebezpiecznych, bądź ze strony mózgu, rdzenia, opon, bądź ze strony mięśni, płuc.

Jeżeli mózg cierpi, może zjawić się od początku majaczenie silne, i zrodzić myśl o zapaleniu opon lub zatruciu wyskokowém ostrém.

W płucach szmer oskrzelowy zwiększa się, śluz obficie wydzielany nagromadza się, zatyka oskrzela i powoduje stan, jaki niesłusznie nazwano *pneumonia lobularis*, będący w istocie opadnięciem tkanki płucnéj, nieotrzymującéj powietrza skutkiem zatkania oskrzelów. Takie obrażenia, zależne od gorączki tyfoidalnéj, można wtedy położyć na karb zapalenia płuc. Z drugiéj strony pewne zapalenia płuc zaczynają się od silnych majaczeń i towarzyszą im zjawiska podobne do tyfoidalnych, ztąd trudno czasem odróżnić pneumonję o kształcie tyfoidalnym od gorączki tyfoidalnéj z zajęciem płuc.

W późniejszym jej okresie może wstawić się zapalenie płuc prawdziwe, i uchodzić niesłusznie za prostą atelektazę. Nie zapominajmy wreszcie, mówiąc o lokalizacji płucnéj, że rozpoznanie suchot ostrych i gorączki tyfoidalnéj bywa częstokroć arcytrudném.

Kształt prawidłowy i łagodny do dnia 9-go i 10-go niczém się nie różni od kształtu ciężkiego. Ma on dwa okresy: pierwszy trwający dni 9 lub 10; drugi późniejszy. Pierwszy okres trzeba jeszcze rozdzielić na dwa: jeden 4-o dniowy, w którym się objawiają znaki wyraźne innych gorączek podobnych, i drugi trwający dni 5 lub 6. Ten podział jest istotnie ugruntowanym na ciepłocie.

Ciepłota w tym okresie 4-o dniowym podnosi się zygzakiem; od rana do wieczora przez godzin 12 zyskuje 1—1,5^0, lecz od wieczora do rana zmniejsza się o 0,5^0.

1-go	dnia rano	37^0	stopni,	wieczorem	38^0
2-go	„ „	37^0,5	„	„	39^0
3-go	„ „	38^0,5	„	„	40^0
4-go	„ „	39^0	„	„	41^0

Tak się zachowuje ciepłota przy gorączkach tyfoidalnych ciężkich.

Zachowanie się jéj w początkach gorączki tyfoidalnéj łagodnéj:

1-go	dnia rano	36^0	stopni,	wieczorem	37^0
2-go	„ „	36^0,5	„	„	38^0
3-go	„ „	37^0,5	„	„	39^0
4-go	„ „	38^0,5	„	„	39^0,5.

Znając to charakterystyczne zachowanie się ciepłoty w okresie początkowym, można z zupełną pewnością zrobić rozpoznanie.

1-o Jesteś w obecności chorego, który miał lub ma gorączkę; jeżeli 2-go lub 3-go dnia znajdujesz ciepłotę prawidłową 37^0, 37^0,5, wyklucz stanowczo gorączkę tyfoidalną.

2-o Chory ma gorączkę ciągłą, lecz stała ciepłota wieczorem jest 38^0, 38^0,5 i nie odmienia się. W takim razie możesz powiedzieć: nie jest to gorączka tyfoidalna, bo ciepłota nie wzmaga się postępowo, nie przedstawia charakterystycznéj linji krzywéj w kształcie wschodów.

3-o Jeżeli chory okazuje w dwóch pierwszych dniach temperaturę 40^0, wyklucz na pewno gorączkę tyfoidalną.

4-o Jeżeli 3-go dnia rano ciepłota spada, wyklucz jeszcze gorączką tyfoidalną, bo tu ciepłota postępowo rośnie.

5-o Gorączki oznaczone dreszczem mają cechy bardzo wyraźne. Podczas napadu zimnicy ciepłota dochodzi w godzin 12 do *maximum* 40⁰, gorączka tyfoidalna potrzebuje 4-ch dni aby do tego dojść stopnia. Lecz może się zdarzyć, i postrzega się w okolicach błotnych, że gorączka tyfoidalna zaczyna się od napadu zimnicy; wtedy występuje różnica pod względem ciepłoty. Podczas napadu zimnicy pojedynczéj ona dochodzi do 40^0 w godzin 12; jeżeli to napad oznaczający początek gorączki tyfoidalnéj, ona w takim razie nie przechodzi $38^0,5$, 39^0 stopni. Przy pomienionych okolicznościach lekarz winien podejrzywać gorączkę tyfoidalną.

Przejdźmy teraz do rozróżnienia gorączki tyfoidalnéj od gorączek drugiéj kategorji.

Trudność nie jest czasem bardzo wielką. Przy szkarlatynie i róży temperatura dochodzi częstokroć w ciągu godzin 24-ch do 40^0. Wtedy nie ma wątpliwości.

Ospa zaczyna się jak gorączka ciągła, lecz nie przedstawia zwolnień rannych, chociaż ma przebieg postępowy. Wszelako są przypadki, gdzie błąd łatwo jest popełnić. Niektórzy chorzy dotknięci są taką rachialgją, że trzymają się nieruchomi w łóżku, jakoby przedstawiali głęboki upadek sił: zachowaniesię temperatury może jedynie rozproszyć wątpliwość.

Odra tak samo przebiega ze względu na termometr jak gorączka tyfoidalna; ciepłota wznosi się wciąż przy zwolnieniach porannych; ztąd pierwszych dwóch dni błąd może być nieuniknionym, lecz gdy dnia 3-go temperatura przekroczy 39^0, wątpliwość znika, ponieważ ona przy odrze rzadko wznosi się wyżéj.

Zapalenie płuc początkowe, zwłaszcza skojarzone z upadkiem sił, może także oszukać lakarza, stawiąc mu przed oczy obraz gorączki tyfoidalnéj. Znaki przysłuchowe i odchrząkiwanie mogą całkiem nie istnieć. W takim razie termometr kieruje sądem, bo przy pneumonji ciepłota szybko się podnosi, w godzin 24 dosięga 40^0, a od 3-go i 4-go dnia *maximum* utrzymuje się stale rano i wieczorem.

Zbadajmy teraz choroby stanowiące ostatnią gromadę: gorączkę zapalną, nieżyt epidemiczny i gościec stawów.

Może się komu wydać dziwném, powiada *Sée*, że przypuszczam gorączkę zapalną, rzadko widywaną po szpitalach, ale jéj istnienie wątpliwości nie ulega. W praktyce prywatnéj napotykana tém się odznacza, że występuje pod kształtem gorączki ciągłéj, pojedynczéj, trwającéj dni 8, 10, 12, przy temperaturze nigdy 39^0 nie przekraczającéj.

Nieżyt epidemiczny przedstawia z początku zjawiska podobne do gorączki tyfoidalnéj: pogorszenie wieczorem, zwolnienie rano, upadek sił, rzężenie oskrzelowe, jak w gorączce tyfoidalnéj. Ale rzężenia w gorączce tyfoidalnéj nie występują z początku, a tylko około 6-go lub 7-go dnia; przy gryppie zaś, one od 1-go dnia istnieją. Zwolnienie gorączki przy nieżycie epidemicznym nie jest nigdy tak wyraźne, i nareszcie temperatura tu około 4-go dnia dochodzi do 40^0.

Gościec stawów ostrych. Pewne gorączki tyfoidalne przedstawiają kształt jaki nazwano dnawym, t. j. przedstawiają bóle umiejscowione w licznych stawach. Jak je odróżnić w początkach od gośćca stawów ostrego za pomocą temperatury?

Przy gośćcu ona wznosi się powoli, potrzebuje najmniéj tygodnia, aby dojść do *maximum*, jakie nie przekracza nigdy 39^0. Nie należy mniemać, że się ona wznosi, gdy przystąpią powikłania, np. *pericarditis;* ostatnia nie odznacza się bynajmniéj ciepłotą. Ta przy gośćcu jest nieznaczną, ponieważ chory ją traci przez poty.

Gorączka zapalna istnieje pod kształtem ciągłym; owoż są pewne tyfusy, jakie z początku nie przedstawiają ani upadku sił, ani krwawień z nosa, lecz typ ciągły. Przy gorączce zapalnéj postrzegać można niekiedy zwolnienia wieczorne; gorączka po potach ustaje około 4-éj po południu, czego nigdy nie widać przy tyfusie. Na ostatek można ją wykluczyć dnia 4-go, jeżeli ciepłota nie dochodzi do 40^0.

Drugi okres gorączki tyfoidalnéj prawidłowéj łagodnéj, trwający od 5 — 10 dni, przedstawia pod względem przebiegu znaczne różnice z pierwszym. Jest on w przypadkach ciężkich i łagodnych od 5—10 dnia jednaki z tą różnicą, że przy tyfusie złośliwym cie-

płota zachowuje się nieregularnie i dziwacznie, okazując się z rana większą niż wieczorem. Wtedy rokowanie winno być wątpliwém, lecz nie zbyt stanowczém, bo zdarza się widzieć chorych w tym okresie z ciepłotą 41^0, przecież wróconych do zdrowia.

Przypadki miernego nasilenia przedstawiają dwa kształty ze względu na przebieg: w jednym ciepłota dochodzi do 40,5^0 wieczorem, rano bywa o $^5/_{10}$ mniejszą, nawet może wynosić tylko $^2/_{10}$; nie trzeba przerażać się, bo w tym okresie ciepłomierz nic nie przepowiada. W drugim kształcie ciepłota nie przechodzi nigdy 39^0,5; rano zniża się o $1^1/_2{}^0$; wtedy można wystąpić z rokowaniem pomyślném. Te przypadki gorączki tyfoidalnéj, gdzie ciepłota nie przechodzi 39^0,5, stanowią tyfusy poronne (*typhus abortivus*), jak je niesłusznie nazwano.

W okresie tylko co pomienionym, trzeba być ostrożnym z diagnozą; za to rokowanie od dnia 11-go i 12-go staje się pewném.

W przypadkach pomyślnych, wieczorem dnia 10-go lub rano 11-go, po znaczném wzniesieniu ciepłoty, następuje zwolnienie, daléj 12-go dnia przychodzi nowa ekzacerbacja, a 13-go dnia rano ciepłota prawie się nie podnosi, bo zwolnienie $1^1/_2{}^0$ utrzymuje się dni następnych. Dopiéro 14-go dnia ekzacerbacja wieczorna zmniejsza się, acz chory nie jest wyleczonym, i dopiero 17-go dnia termometr spada do 37^0. Naostatek małe ekzacerbacje istnieją do 21-go dnia. W obec podobnego przebiegu wyzdrowienie jest pewném.

Obaczmy teraz co dzieje się w przypadkach, jakie mają być śmiertelnemi lub przewlekłemi. Od 9-go dnia ciepłota ranna nie schodzi niżéj 39^0,5, czasem utrzymuje się przy 40^0, a wieczorem wynosi 40^0,5 do 41^0. Potém stwierdzamy trzy inne zjawiska: brak remisji 12-go dnia, zwiększoną temperaturę 15-go dnia, nareszcie ekzacerbacje wieczorne przeciągające się do północy, do drugiéj po północy i wkraczające w zwolnienia ranne z uchyleniem prawie zupełném tych ostatnich, gdyż wstawiają się o 4-éj lub 5-éj wieczorem. W takich przypadkach niebezpieczeństwo bardzo jest wielkiem. Przypadki mające zakończyć się zgonem, ztąd się przewidują, że w trzecim i czwartym tygodniu, ciepłota utrzymuje się, zwłaszcza rano przy 40^0,5 i 41^0. Oscylacje temperatury są znaczne wieczorem i rano. Naostatek jeżeli termometr oznacza 42^0, śmierć jest prawie pewną, acz nieuniknioną nazwać się nie może. Kształty nieprawidłowe napotykają się bądź u osób bardzo młodych, bądź u tych, którzy mają więcéj niż lat 40, bądź u anemicznych.

U dzieci niżéj lat 12-tu, ciepłomierz podnosi się szybko i pierwszy okres nie trwa dni 4-ch; okres drugi zaczynający się dnia 3-go, może być zamieniony od 9-go do 12-go dnia zwolnieniem; zatém przebieg téj formy jest więcéj szybki, i można wydać sąd prędszy.

U dzieci gorączka tyfoidalna przedstawia w ogóle przebieg łagodny, a zjawiska częstokroć tak nie wyraźne, że rozpoznanie może być trudném. Ale istnieją wyjątkowo przypadki bardzo ciężkie z wybuchem raptownym i z górującemi zjawiskami ze strony mózgu i płuc.

Gorączka tyfoidalna inny ma całkiem przebieg u starca; rzadko termometr podnosi się tutaj do 40^0; zwykle stoi niżéj, a *maximum* ciepłoty nie trwa dłużéj nad trzy tygodnie. Chwieje się ona często, zwłaszcza u konwalescentów, u których powroty nierzadkie zapowiadane bywają raptowném jéj podniesieniem się. U osób w wieku należy wreszcie obawiać się głębokiego sił upadku, jaki się tu łatwo postrzega.

Anemiczni cieszą się pewnemi przywilejami. U nich gorączka tyfoidalna nie jest towarzyszona przez przypadłości mózgowe straszne, napotykane u ludzi pletorycznych i krzepkich; u nich choroba przybiera kształt łagodny, lecz są wystawieni na częste krwotoki, (krwawienie z nosa, krwotoki jelitne) na zatkania hemoragijne; przytém choroba przeciąga się, łatwo powstają odleżyny i wtedy postrzega się *delirium inanitionis*, jakie często wprowadzało w błąd dawnych lekarzy. (*Gaz. d. Hôpit. 1869*).

E. Miłosz.

Dr. *Canier* otrzymał nagrodę 20,000 franków, którą przeznaczył margrabia *d'Orches* zawynalezienie niezawodnego sposobu sprawdzenia śmierci człowieka. Sposób ten polega na tem: że ręka człowieka żywego trzymana pod światło po bokach palców prześwieca i ryusje się kolorem różowym. Znaku tego w trupie nie otrzymujemy.

Posiedzenia Towarzystw naukowych francuzkich w m. Styczniu.

Sprawozdawca **Gustaw Lewandowski** Lekarz prakt. w Radomiu.

Akademja lekarska. P. *Barthés* odczytał sprawozdanie z rozprawy Dra *Moutard-Martin* o zastosowaniu bromku potassu w chorobach małych dzieci. Jesteśmy często przyzwani, mówi sprawozdawca, aby dać pomoc małym dzieciom, które nie uległszy chorobie określonéj, nie są jednakże zdrowe i przedstawiają szereg objawów lekkich, zależących wyłącznie od podrażniania systemu nerwowego. *Moutard-Martin* powziął myśl użycia w takich razach bromku potassu. Daje go maleńkim dzieciom w ilości 10—20 centigrm. w dwóch lub trzech razach, rozpuszczony w wodzie z syropem kwiatu pomarańczowego. Działanie sedatywne bromku potassu daje się widzieć drugiéj lub trzeciej nocy i trwa dnie nastepne. Skutek był zawsze doskonały w przypadkach prostéj bezsennosci; mniéj pewny i mniéj szybki w bezsenności połączonéj z agitacją. Podczas ząbkowania bromek potassu oddaje wielkie usługi, uspakajając dzieci na dni kilka. *Moutard-Martin* sądzi nawet, że za pomocą tego środka można zapobiedz konwulsjom. Wreszcie bromek potassu jako środek sedatywny uspakaja erekcje, jakim dzieci czasami ulegają, a co obserwacje p. *Moutard-Martin* i p. *Barthés* stwierdziły.

Na temże posiedzeniu p. *Davaine* podał treść pracy p. *Raimbert* o sposobie rozpoznania oedematu karbunkułowego. Choroba karbunkułową u człowieka, mówi p. *Davaine*, rozwija się najczęściéj pod formą krosty, któréj wygląd charakterystyczny pozwala zwykle rozpoznać jéj znaczenie w początkach powstania. Lecz choroba ta rozwija się niekiedy jako zwyczajne nabrzmienie bez charakterów właściwych, to jest pod postacią oedematu złośliwego czyli karbunkułowego opisanego najprzód przez p. *Bourgeois*w 1843 r. Diagnoza jego była zawsze bardzo trudną i najczęściej nie rozpoznawano złośliwéj natury, jak już za późno, aby stawić tamę postępom choroby. *Raimbert* wskazuje sposób prosty i praktyczny wczesnego jéj rozpoznania.

Wiadomo, że we krwi zwierząt karbunkułowych istnieją ciała nitkowate podobne do bakteriów, lecz zawsze nieruchome, to jest bakterydy, które znajdują się także w kroście czarnéj (pustula maligna) i mogą stanowić dla niéj jeden z najważniejszych charakterów diagnostycznych. Takie także ciałka małe Dr. *Raimbert* znalazł w płynie surowiczym oedematu złośliwego, a ponieważ egzystują one tylko wyłącznie w chorobie karbunkułowéj, odnalezienie takowych określa natychmiast naturę oedematu.

Chory obserwowany przez p. *Raimbert* był handlarzem skór. W kącie wewnętrznym powiek oka lewego pojawił się oedemat, który nazajutrz zajął czoło, skroń i policzek z téjże strony. W chwili egzaminu nie było wcale na tych częściach żadnych pęcherzyków, lecz tylko małe wydatności, które nadały części zajętéj pozór skóry wyprawionéj. Ostrze bistura przeprowadzone po téj chropowatéj powierzchni wydawało małą ilość płynu surowiczego zakrwawionego lekko. Płyn ten umieszczony pod mikroskopem pozwalał widzieć charakterystyczne ciałka bakterydów. Następnie choroba wzmagała się; części oedematyczne pokryły się pęcherzykami, których płyn surowiczy zawierał także znaczną ilość bakterydów. W końcu objawy dalsze—śmierć chorego dowiodły, że oedemat był natury karbunkułowéj, i stwierdziły diagnozę postawioną zaraz w początkach po wyegzaminowaniu surowicy podnabłonkowéj części zajętych. (*Dokoń. nast.*)

DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI.

Obrona od ostrych chorób zakaźnych i przewlekłych chorób konstytucyjnych
Leczenie ochronne płonicy.

Według *Budd'a* (*Brit .med. Journ. 1869—419,423*) zarazek płonicy nie tylko przywiązany bywa do wysypki, lecz znajduje się także we wszystkich wydzielinach chorego na płonicę (w śluzie gardła, nosa), w wydalinach, a prawdopodobnie i w moczu, gdyż nerki silnie bywają zaatakowane; z obfitego zaś oddzielania się nabłonka nerkowego wnosić należy, iż w narzędziu tém odbywa się taka sama lub podobna sprawa jak na powierzchni ciała. Zarazek czepiać się może wszystkiego co otacza chorego na płonicę.

Aby więc najskuteczniej wytępić zarodek choroby i przeszkodzić szerzeniu się zarazki, *Budd* zaleca następujące środki ostrożności:

Z izby chorego należy oddalić wszystkie przedmioty wełniane i wszelkiego rodzaju draperje, aby zarazek nie mógł się w nich zagnieździć. Chory powinien spluwać do naczynia w którem znajduje się chlorek wapna (podchloron) lub inny środek odtruwający. Bieliznę chorego i z posłania należy starannie odtruwać. Do ucierania nosa zamiast chustek używa się płatków, które po użyciu palą się. Wydaliny chorego po dostateczném odtruciu natychmiast usuwają się z izby chorego. Osoby pielęgnujące chorego po każdéj posłudze powinny wymyć ręcę w roztworze odtruwającym.

Ponieważ zdaniem *Budd'a* zarazek głównie się szerzy za pośrednictwem powłók powszechnych, które nawet w późniejszym okresie choroby wydają jad płoniczy, należy przeto baczną zwrócić uwagę na miejscowe leczenie. W tym celu *B.* starannie namaszcza całe ciało oliwą kamforową, dwa razy dziennie, począwszy od 4-go dnia choroby. Namaszczania te robi aż do chwili w której chorego można wykąpać. W kąpieli ciało naciera się mydłem odtruwającém (np. Pasta desinfec. Hagero Ref.). Do zupełnego oczyszczenia chorego, tak, iżby więcéj nie udzielał jadu otaczającym osobom i przedmiotom, dosyć jest 4-ch kąpieli. Po wyzdrowieniu chorego *B.* radzi starannie oczyścić, odwietrzyć i odtruć izbę, ubranie i pościel chorego - jak również osób go pielęgnujących.

Sposób ten polegający na odosobnieniu chorego i odtruwaniu okazał się bardzo skutecznym przeciw płonicy w ciągu lat 20-stu.

Budd nie przywiązuje żadnéj wagi do nakadzań chlorowych izby chorego, nader zachwalanych przez *Hood'a.*

Trendelenburg (*Arch. f. clin. Chirurg X. p. 720. 1869*) zdołał eksperymentami swemi bezpośrednio dowieść **zaraźliwości i zaszczepialności produktów diphteritidis.** Szczepił on u 52 zwierząt (królików, świnek morskich, kur i gołębi); 68 razy wprowadzając kawałki difterytycznych i krupowych błon do tchawicy, do wola, kiszek, pochwy lub pęcherza zwierzęcia. W 11 tylko razach wypadek szczepienia był dodatni, powstało bowiem miejscowe zapalenie z charakterem krupowym. Szczepienie obojętnych materji nigdy tego rodzaju skutków nie miało; ale wprowadzenie sublimatu do tchawicy również krup sprowadzić było w stanie. Autor uważa sprawę difterytyczną jako czysto miejscową.

(*Centralblatt 39*) *M.*

KRONIKA TYGODNIOWA.

— Pamięć zmarłego posła do sejmu berlińskiego D-ra *Metzig'a* na Szlązku, postanowiono uczcić zebraniem funduszu 2,000 Tal. przez dobrowolną składkę, z którego procent pobierać ma jedno z jego dzieci z pierwszego małżeństwa, a następnie przekazany zostanie Towarzystwu Naukowéj pomocy imienia *Karola Marcinkowskiego* i obracany bę-

dzie na pomoc dla jednego z niezamożnych uczniów uniwersytetu, poświęcającego się medycynie.

— Według nowéj organizacji Magistratu Krakowskiego, służbę zdrowia miasta składać będzie: lekarz miejski, trzech lekarzy dzielniczych, weterynarz i akuszerka. Do atrybucji ich należy: 1-o Wykonywanie policji sanitarnéj pod zarządem magistratu w całéj rozciągłości, 2-o Dawanie na żądanie magistratu opinji w przedmiotach wymagających specjalnych wiadomości, 3-o Udzielanie ubogim pomocy lekarskiéj bezpłatnie. Weterynarz pełnić będzie służbę policyjno-weterynaryjną, wedle oddzielnéj instrukcji; akuszerka udzielać będzie bezpłatnie pomocy ubogim. (*P. L.*)

— U nas z nastaniem mrozów silnych pojawiły się liczne przypadki odmrożeń różnych członków ciała, szczególniéj rąk, nóg i uszów. Rzecz szczególna, jak mało u nas jest dbałości w zabezpieczaniu mieszkań od zimna, sklepy po większéj części są nieopalane, a znajdujących się nad niemi mieszkań prywatnych żadną miarą ogrzać niepodobna. Temperatura w takich mieszkaniach dochodzi do +8 a nawet do 4⁰ R. W nowszych znów domach przyjęto dziwny zwyczaj niebudowania pieców dla ogrzania przedpokoju. Dziś liczne przypadki ostrego obrzęku płuc, niekiedy z krwotokami, jakie się w tych dniach obserwować dały, można przypisać niewątpliwie nagłemu zniżeniu temperatury przy złem opatrzeniu mieszkań. Ilość chorych we wszystkich szpitalach znakomicie wzrosła.

Policja lekarska pilnie śledzi aby domów wilgotnych, czyli ściśléj mówiąc świeżo postawionych, nie zamieszkiwać, i każe zamykać mieszkania w których się jakakolwiek zaraźliwa pojawi choroba. Czyby nienależało również do jéj obowiązków nie pozwalać zamieszkiwać mieszkań źle od zimna zabezpieczonych? czyż takie mieszkanie nie jest także zdrowiu szkodliwe? a właściciele domów w naszem mieście tak mało pospolicie sami dbają o wygodę i zdrowie swych lokatorów, że na kaz pod tym względem byłby wcale na swojem miejscu.

Redaktor, Z. Dobieszewski.

W Drukarni J. Jaworskiego.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowéj.—Cena pojedynczego arkusza kop. 15 (złp. 1.